THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

Année 1915 — N° —

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Stanislas STYPOULKOWSKI
Né à Nieszawa (Pologne russe), le 21 avril 1886.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT OPÉRATOIRE
DES HÉMORROIDES

La Cure radicale par l'Ignipuncture combinée à la dilatation prolongée du canal anal

(Technique de M. le Professeur POZZI)

Président : M. POZZI, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, Éditeurs
15, Rue Racine (VIe)

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

Dans la douleur qui nous éprouve d'être séparés et sans nouvelles depuis le commencement de la guerre.

A MON MAITRE EN UROLOGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR B. MOTZ

Lauréat de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences
Ancien Assistant à la Clinique des maladies des voies urinaires à l'Hôpital Necker

Comme un simple témoignage d'une reconnaissance profonde.

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR CLAISSE

A l'Hôpital de la Pitié

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MARIE

A l'Hospice de la Salpêtrière

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL THIERRY

Chirurgien à la Pitié

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

A l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

A l'Hôpital Necker

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI

A l'Hôpital de la Pitié

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

A l'Hôpital Saint-Louis

A TOUS MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur S. POZZI

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de la Clinique Gynécologique à l'Hôpital Broca

En le remerciant du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT OPÉRATOIRE

DES HÉMORROIDES

CHAPITRE PREMIER

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous croyons indispensable de rappeler quelques notions sur l'anatomie de la région ano-rectale.

La jonction de la muqueuse anale et de la muqueuse rectale se fait un peu au-dessus des valvules de Morgani. D'autre part, ces replis semi-lunaires se trouvent à 1 cm. 5 au-dessus de la ligne de séparation cutanéo-muqueuse. La zone anale est tapissée par une muqueuse dermo-papillaire, sans poils, ni glandes sébacées, c'est la zone cutanée lisse de Hermann. La muqueuse rectale présente un épithélium cylindrique à plateau strié. Les colonnes de Morgani, formées par la muqueuse recouvrant des faisceaux de fibres musculaires lisses, se trouvent dans l'intervalle des valvules de Morgani. C'est la « zone de raccord » de Quénu, zone pathologique par excellence. C'est

là que siègent le plus souvent les hémorroïdes. Au point de vue angéiologique, cette zone correspond au réseau de jonction entre la circulation porte par l'intermédiare des veines hémorroïdales supérieures et la circulation cave par l'intermédiaire des veines hémorroïdales inférieures.

Nos ouvrages classiques divisent les hémorroïdes en deux groupes : hémorroïdes *internes* et hémorroïdes *externes*. Au point de vue anatomo-pathologique, la lésion est toujours la même : les hémorroïdes ne sont autre chose que des dilatations veineuses permanentes ou des varices ano-rectales. Voici quelle est la marche du processus hémorroïdaire : au début, on observe des ampoules ovalaires, décrites par Duret, qui forment au pourtour de l'extrémité du rectum une rangée circulaire. D'après Quénu, ce sont de véritables « hémorroïdes en miniature ». Ces tumeurs hémorroïdaires, en augmentant peuvent se rapprocher au point de constituer un véritable bourrelet circulaire enveloppant le conduit ano-rectal. De là, le processus pathologique peut s'étendre aux veines hémorroïdales inférieures ; ainsi se forment les hémorroïdes externes. Cette évolution nous explique l'aspect que présentent quelquefois les hémorroïdes avec leur double bourrelet concentrique.

Toutes les hémorroïdes ne relèvent point du chirurgien.

Comme le dit le professeur Robin, il en est qui sont indifférentes, d'autres qui ne s'accompagnent

que d'accidents simples, et ces deux groupes doivent être traités surtout par des moyens prophylactiques. D'après Forgue, trois accidents deviennent, quand ils atteignent un certain degré d'intensité, des indications d'intervention chirurgicale. Ce sont : 1° l'hémorragie ; 2° les douleurs ; 3° la procidence et les phénomènes inflammatoires qui la compliquent.

Nous allons passer en revue les résultats des divers procédés opératoires. Ce sont d'abord deux procédés plutôt médicaux : l'application d'un courant de haute fréquence et les injections modificatrices.

Méthode modificatrice. — Cette méthode avait pour but de « flétrir », en quelque sorte, en produisant au niveau des hémorroïdes une réaction inflammatoire aseptique, qui amène la thrombose et l'oblitération des veines. On faisait soit des attouchements en surface avec la glycérine phéniquée, l'ichtyol, l'acide nitrique en application tous les huit ou quinze jours, soit des injections modificatrices.

Ce dernier procédé, préconisé surtout en Amérique, consiste en injection intra-hémorroïdaire de glycérine phéniquée, de sulfate de fer, de sulfate de zinc, d'ergotine, d'éther iodoformé. Le temps pendant lequel on renouvelle les injections modificatrices peut durer l'espace de quelques mois.

La méthode, elle-même, est très dangereuse, car elle a provoqué des morts par embolie. Le Dr Andrews de Chicago, qui a fait une enquête sur les résultats opératoires de cette technique, est arrivé à cette

conclusion : que sur 3.304 qu'il a pu réunir, il y a 13 décès. Ce procédé n'est donc pas à recommander, étant donné que la mortalité opératoire dans les autres interventions sur les hémorroïdes est nulle. Il expose en outre à des escharres, à des fissures, qui peuvent être plus douloureuses que les hémorroïdes.

Electrolyse. — Le courant de haute fréquence est appliqué au moyen d'une électrode contenue dans un manchon de verre que l'on introduit dans le rectum. Ce procédé est très douloureux et il expose aux escharres.

De plus, il nécessite des appareils d'électricité médicale d'un maniement délicat, sous peine d'avoir des complications désagréables.

Nous ne citerons que par intérêt historique les deux procédés suivants :

Dilatation anale. — Elle supprime les hémorrhoïdes avec ses manifestations douloureuses et fluxionnaires d'une façon paliative. Cette méthode, préconisée en France par Verneuil et Panas, aurait pour but « l'oblitération des canaux de sûreté », qui, à travers les sphincters, relient les hémorroïdales supérieures aux inférieures.

La dilatation s'opérait soit avec les bougies (Copeland), soit avec les doigts (Récamier). Cette méthode, en tant que cure radicale d'hémorroïdes, est tout à fait insuffisante. Les cas de récidive se succédèrent rapidement et la dilatation ne reste actuellement qu'un temps initial de tous les procédés d'interven-

tion sur les hémorroïdes ; elle permet aux hémorroïdes de descendre en relâchant le sphincter.

Les cas de récidives par ce procédé ont été publiés par Richet, Gosselin, Reclus (*Semaine médicale*, 1885. Thèse de Langot, 1882-1883. *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, Par. 1892, p. 502).Rosenbaum cite dans sa thése 33 observations de la dilatation forcée avec 19 cas de récidive nette, soit plus de 50 o/o.

Destruction des hémorroïdes. — Dupuytren employait la *torsion* ou la *simple excision.* Des accidents des plus graves : les hémorragies secondaires, les phlébites suppurées et l'infection purulente font abandonner cette méthode. Chassaignac a eu recours à *l'écrasement* linéaire. Les cas de rétrécissement graves qui s'en suivaient ont rendu la méthode dangereuse.

Trois grandes méthodes de traitement chirurgical sont en présence : la *ligature*, l'*excision* et la *cautérisation.*

Ligature. — C'est le procédé thérapeutique le plus ancien, connu en Angleterre sous le nom de méthode de Salomon. Après une incision à l'union de la peau et de la muqueuse on disséquait et on décollait les hémorroïdes. Ensuite le paquet hémorroïdaire était lié à sa base après une pédiculisation préalable. En France, la ligature vient d'être reprise sous le nom de méthode de Reclus. Voici quels sont les principes de la méthode :

On emploie l'anesthésie locale à la novocaïne-adré-

naline (100 grammes de sérum physiologique contenant 0 gr. 50 de novocaïne et XXV gouttes d'adrénaline au millième ; par conséquent, chaque centimètre cube de cette solution renferme un demi-centigramme de novocaïne et un quart de goutte d'adrénaline au millième).

L'anesthésie comprend trois temps : l'anesthésie de la muqueuse, l'anesthésie de la peau marginale et l'anesthésie du sphincter. Toutes les trois sont délicates ; en particulier la première. La dilatation préalablement faite, on attire au dehors la muqueuse anale. La première proéminence qui se présente est saisie avec quatre pinces de Kocher. Puis on passe sous sa base une aiguille de Reverdin un peu courbe et on la traverse d'un catgut. On saisit les deux bouts et on entoure la moitié de la tumeur soulevée par deux des quatre pinces et on fait le premier nœud. Le second nœud va embrasser toute la tumeur, qui prend alors la forme d'un petit polype. On coupe ce polype à 3 ou 4 millimètres au-dessus de la ligature. La même série de manœuvres sera employée pour extirper d'autres amas vasculaires au nombre de deux, trois, cinq dans les cas ordinaires.

Ce procédé est insuffisant d'après Quénu (*Revue génér. de Clin. et de Thérap.* Paris, 1911, t. XXV, p. 611-615). Opère-t-on des hémorroïdes, on peut être entraîné au cours de l'intervention plus loin qu'on ne l'eût d'abord supposé ; l'anesthésie locale est alors insuffisante. M. Quénu estime que ce pro-

cédé n'est peut être pas autant qu'on l'a dit le procédé du praticien.

Excision suivie de suture. — L'excision se faisait déjà du temps de Boyer. Charles Monod présente un procédé d'*excision partielle* longitudinale qui ne doit intéresser que la muqueuse et jamais la peau. Reclus, Allingham employaient l'excision partielle et la réunion par première intention en cas de tumeur hémorroïdale limitée. L'opération de Whitehead date de 1882. La caractéristique de cette opération est la *résection de la muqueuse sur tout son pourtour* et aussi haut qu'il existe des dégénérescences vasculaires. On a recours à l'anesthésie générale. « La règle est d'inciser juste à l'union de la peau et de la muqueuse ; cette règle est bonne, il faut s'y tenir étroitement » (Delbet, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* Paris, 1899, p. 625).

L'incision est précédée d'une dilatation. La suture cutanéo-muqueuse se fait avec du catgut. L'opération terminée on met dans le rectum une mèche iodoformé ou un drain assez gros entouré d'une compresse stérile, vaselinée, qui facilite l'expulsion des gaz. Le malade est maintenu à la diète liquide les jours qui précèdent et suivent l'opération. On lui administre en même temps l'extrait thébaïque, 2 à 4 centigrammes par jour. La réunion doit se faire par première intention.

Dans sa thèse, Courcières résume les avantages immédiats du traitement de Whitehead de la façon suivante : 1° La méthode est naturelle, nullement en

contradiction avec ce que nous savons de la chirurgie et de l'anatomie du trajet recto-anal.

2° L'excision circulaire au bistouri est une opération simple. Un bistouri, une pince à disséquer, quelques pinces à forcipressure et aiguilles de Réverdin, une paire de ciseaux sont, en effet, les seuls instruments nécessaires;

3° C'est de plus, une cure radicale ;

4° La douleur post-opératoire est relativement peu intense.

On a fait à l'opération de Whitehead plusieurs reproches, d'être longue et délicate, de demander jusqu'à une heure, d'exposer à la blessure du sphincter et de n'être bonne que si la réunion par première intention est obtenue, faute de quoi on s'expose à avoir un rétrécissement cicatriciel de l'anus.

M. Quénu estime que cette crainte du rétrécissement est très exagérée. Sur 112 opérations de Whitehead pratiquées en quatorze ans dans son service il n'a pas eu un cas de mort et n'a pas observé un seul rétrécissement. « Être rigoureusement aseptique et obtenir une réunion par première intention, tel est le secret pour ne pas avoir de rétrécissement. Il n'y faut donc point songer quand le malade a de la rectite ou des hémorroïdes septiques, et l'on doit se rabattre sur l'ignipuncture ou sur la grande cautérisation malgré les inconvénients de ces procédés. »

La modification imaginée par Quénu dans l'opération de Whitehead est la suivante : Au lieu de rése-

quer la muqueuse, il « l'épluche » de manière à la « dépouiller de toute la couche cellulo-vasculaire ». Lorsque la muqueuse est disséquée, il en détache, à l'aide de petits ciseaux, toutes les ampoules veineuses ; puis, lorsqu'elle est bien nettoyée, il la réapplique et la maintient par quelques points de suture.

Cautérisation. — Cette méthode a pour but soit de détruire la tumeur en totalité, soit de la modifier. Richet pratiquait l'ablation d'hémorroïdes avec une sorte de fer à friser volumineux, qu'il faisait chauffer à blanc. Il saisissait ensuite la tumeur qu'il serrait jusqu'à ce qu'elle fût complètement détruite « volatilisée ». La volatilisation de Richet n'était pas exempte de quelques accidents fort graves quelquefois. Elle laissait la porte largement ouverte à l'infection par suite d'un large traumatisme apporté au niveau d'une région plus ou moins septique. Delbet juge cette méthode de la façon suivante : « J'ai vu Richet, quand j'étais son interne, appliquer un grand nombre de fois son procédé ; j'ai été terrifié de l'intensité des douleurs qui suivaient l'opération ; j'ai vu des malades mourir de pyohémie et tout cela m'a laissé des souvenirs si pénibles que je n'ai jamais employé la volatilisation ». Le Dentu et Delbet, *Traité de Chirurgie*, t. VIII, p. 523).

Le fer de Richet a été remplacé par la suite par le thermocautère. L'*ignipuncture* devient alors une méthode d'intervention sur les hémorroïdes très en faveur en France. Elle trouve autant d'adversaires que de défenseurs.

M. Quénu, en trouvant la méthode excellente, considère que la cicatrisation est lente Même, au bout de quinze jours, elle ne peut pas être complète ; il faut d'abord huit jours pour voir l'escharre tomber et ce n'est qu'en ce moment que commence la réparation par seconde intention. Delbet et Poirier trouvent le procédé d'ignipuncture rétrograde : le fer rouge considéré comme antiseptique et comme hémostatique, c'est nier les progrès que la technique chirurgicale a fait depuis un demi-siècle.

Malgré les critiques par trop sévères, les statistiques de guérison sont excellentes. Nous citerons les mots prononcés par M. Pozzi à la séance du 14 juin 1899 à la Société de Chirurgie, en réponse à la critique formulée ci-dessus.

« Dans la critique du thermo on a confondu l'excision avec l'ignipuncture profonde.

« L'opération de l'ignipuncture est d'une simplicité absolue, à la portée de tous les praticiens, d'une efficacité parfaite, d'une innocuité certaine. Ce sont là des raisons suffisantes pour la préconiser. Il ne faut pas que les praticiens qui lisent cette discussion se figurent que c'est un retour en arrière. Nos anciens faisaient la cautérisation en masse bien différente. *Par l'ignipuncture, on détruit les varices sous-muqueuses en respectant cette membrane ;* il n'y a donc pas à craindre de rétrécissement. Les guérisons sont définitives. J'en ai une qui date de vingt et un ans, plusieurs de quinze et dix ans, dans des cas très graves, avec énormes bourrelets procidents.

« Quand on a à choisir entre deux moyens thérapeutiques, l'un simple et sûr, l'autre difficile et exposant à des inconvénients et même à des dangers dans les mains de beaucoup d'opérateurs, il vaut mieux choisir le premier. Une des tendances maîtresses de la chirurgie contemporaine est la simplification.

» Combinée avec la dilatation, l'ignipuncture n'est pas un traitement douloureux : j'ai vu de ces malades ne souffrant pas du tout, ils sont seulement gênés par la présence du gros tube rectal, servant de centre à un tamponnement de gaze iodoformée. Ce tamponnement est indispensable, assure contre tout suintement par les orifices de l'ignipuncture et peut être laissé en place quatre jours.

» Le temps nécessaire pour la guérison est aussi court qu'avec l'opération au bistouri. Ma dernière opérée, jeune femme qui vient de quitter mon service, était guérie en douze jours ».

Nous dirons, d'autre part, que dans les cas où les hémorroïdes sont peu marquées et où une simple dilatation anale suffit, on se trouvera *bien* de pratiquer le tubage du rectum tel que nous le décrirons.

CHAPITRE II

Technique de M. le Professeur Pozzi

Soins pré-opératoires. — La préparation du malade est des plus importantes et joue dans les suites de l'opération un rôle considérable.

Elle a pour but :

1° D'évacuer l'intestin le plus complètement possible pour mettre le malade en état de rester constipé après l'opération pendant six ou sept jours ;

2° De commencer le nettoyage du rectum.

Cette préparation consiste : en une purgation d'huile de ricin (40 à 60 gr.) administrée quarante-huit heures avant l'opération, puis le soir de ce même jour un lavage du rectum avec 2 litres d'eau bouillie tiède. Ce même soir on lui fait prendre une pilule de 0 gr. 05 d'extrait thébaïque.

Le lendemain, veille de l'opération, le malade étant à la diète liquide depuis la veille, reçoit encore 2 pilules d'extrait thébaïque : une le matin, une le soir et un grand lavage rectal le soir.

Ce même jour on rase la région anale du malade

qui est nettoyée au savon et recouverte d'un pansement humide.

Le matin même de l'opération on donne au malade une nouvelle pilule.

Instrumentation. — Deux valves écarteurs ;

Dix pinces en T modèle Pozzi ;

Une paire de ciseaux ;

Un thermocautère ;

Quatre pinces longuettes ;

Mèches iodoformées en lanières longues et larges ;

Mèche blanches de gaze aseptique de même dimension ;

Un tube de vaseline stérilisée ;

Un drain de fort calibre, du n° 46 à 50 (filière Charrière). Ce drain, long de 20 centimètres environ, doit avoir une épaisseur assez considérable étant donné la pression qu'il doit subir.

Anesthésie. — On emploiera l'anesthésie générale (chloroforme ou éther).

Deux aides au moins sont nécessaires.

Manuel opératoire

1° *Préparation* — Après savonnage et brossage des mains de l'opérateur et de ses aides, munis de gants aseptiques, on procède à la désinfection du champ opératoire. Le malade étant dans la position de la taille périnéale, on badigeonne de teinture

Photographie N° 1

d'iode la région anale, le périnée, le pli interfessier et la face postéro-interne de la racine des cuisses.

Les champs de toiles aseptiques étant mis en place on va procéder à la dilatation anale.

2° *Dilatation de l'anus.* — C'est à la dilatation digitale que l'on devra recourir de préférence.

L'anesthésie étant poussée à fond, on introduit dans l'anus dos à dos l'index et le médius vaselinés de chaque main, et on agit en les rapprochant chacun de l'ischion correspondant. Cette dilatation demande une assez grande force, mais doit être faite progressivement sans mouvements brusques.

La dilatation est continuée, jusqu'à ce que l'on ne sente plus le sphincter opposer de résistance.

Les tractions seront faites d'abord dans le sens transversal, puis dans le sens antéro-postérieur.

Cette dilatation digitale a sur la dilatation au spéculum dilatateur de Trélat le double avantage de respecter la muqueuse anale et de pouvoir être arrêtée au moment où la dilatation est suffisante quand la résistance du sphincter est vaincue.

3° *Mise en place des pinces en T.* — Quatre pinces en T sont alors posées à la limite de la muqueuse et des téguments de la région anale : l'une en haut, la deuxième en bas, les deux dernières à droite et à gauche.

Une traction légère est exercée sur ces pinces par les aides; de cette façon la partie inférieure de la muqueuse rectale vient faire saillie à l'extérieur, montrant les paquets hémorroïdaires.

Si les paquets sont volumineux, on placera entre les pinces précédentes quatre autres pinces en T. Ainsi la région anale sera circonscrite par les branches transversales des pinces formant une fois rabattues une sorte d'étoile à huit branches (Photographie n° 1). — Entre les pinces et les téguments des compresses de gaze seront placées.

4° *Nettoyage de la région.* — Les pinces une fois mises en place on s'assurera de l'état de vacuité du rectum.

Les pinces étant maintenues en bonne direction, mais sans force par les aides, l'opérateur introduit dans le rectum un tampon de gaze monté sur une pince longuette.

La compresse retirée, ramène ou non des matières fécales et dans ce dernier cas, il sera bon avant d'opérer de pratiquer un nettoyage de l'ampoule rectale avec des tampons montés puis de faire un lavage.

Le rectum étant nettoyé, un dernier tampon monté est introduit et *laissé en place.* Il aura pour but d'empêcher d'autres matières ou des mucosités de venir souiller le champ opératoire pendant l'intervention et permettra, d'autre part, de faire saillir, les paquets hémorroïdaires lorsqu'on exercera une légère traction sur la pince longuette.

5° *Ignipuncture* (Photographie n° 2). — Les aides maintenant les pinces en T, l'opérateur ponctionne au thermocautère, chauffé au rouge sombre, chaque saillie hémorroïdaire. Le thermocautère pénètre dans

Photographie N° 2

l'hémorroïde et s'y éteint, faisant ainsi l'hémostase.

L'écoulement de sang est en général très peu abondant.

Dans le cas où on a affaire à de gros paquets hémorroïdaires, il faut les traverser en espaçant les pointes de feu d'un 1/2 c. environ, de façon à ne pas produire d'escharrification.

6° *Pansement : tubage anal.* — Après l'ignipuncture, le tampon laissé en place dans le rectum est retiré.

Le drain est alors introduit dans l'ampoule rectale où on l'enfonce d'environ 15 centimètres.

On va alors le « caler » avec les mèches iodoformées et blanches.

Pour ce faire, une valve écarteur est introduite entre le drain et la partie supérieure du rebord anal.

L'opérateur abaissant le drain de l'index gauche, introduit entre le drain et la paroi rectale une première lanière de gaze iodoformée qu'il pousse à la pince longuette.

Trois autres lanières iodoformées sont placées de la même façon en arrière, à gauche et à droite du tube. (Photographie n° 3).

Ces quatre lanières iodoformées mises en place, l'opérateur introduit dans leurs intervalles des lanières de gaze aseptique, au nombre de 4. Puis d'autres lanières blanches en nombre variable sont introduites de la même façon entre le drain et la paroi, jusqu'à ce que la dilatation soit complète.

On retire alors les pinces en T.

Ainsi est réalisée la dilatation permanente, et l'hémostase par compression, le tube central permettant d'autre part le libre passage du gaz.

Les lanières étant en place, le drain est coupé de de telle façon qu'il dépasse celles-ci de 15 à 20 millimètres.

Des compresses aseptiques sèches sont posées à plat sur la région, puis du coton aseptique, le tout est maintenu par un bandage en T.

Soins consécutifs

Dans le cours de la journée et de la nuit, suivant l'opération, il est assez rare de voir les opérés souffrir beaucoup. En général, il suffit de leur faire, durant ce prémier jour, une piqûre de 1/2 centimètre cube à 1 centimètre cube de morphine pour voir cesser tout phénomène douloureux.

Ce peu d'intensité des phénomènes douloureux semble nettement lié à dilatation anale permanente par le tubage, car la réaction douloureuse est en général assez intense dans les cas d'ignipuncture, non suivies de dilatation ou dilatées insuffisamment.

En ce qui concerne le pansement, on le surveillera le jour de l'opération pour s'assurer que le suintement sanguin qui se fait toujours après ce genre d'intervention ne devient par trop important. Si cela est nécessaire, on pourra dans la soirée enlever les compresses superficielles, *mais on ne devra pas toucher aux lanières ni au drain.*

Photographie N° 3

Le drain et les lanières sont laissés en place pendant trois jours.

A ce moment, on enlève le drain et les mèches et, si un suintement sanguin se produit, on pourra replacer pour vingt-quatre ou quarante-huit heures une mèche blanche ou iodoformée dans le canal ano-rectal ; on recouvre le tout d'un pansement aseptique à plat.

Vers le sixième ou huitième jour on pourra enlever tout pansement.

Mais il faut, durant ces sept ou huit premiers jours, prolonger la constipation du malade en lui administrant chaque jour 0 gr. 10 d'extrait thébaïque et en ne lui permettant, jusqu'au cinquième ou sixième jour, qu'une nourriture très modérée, surtout liquide.

Vers le huitième jour le malade prendra un purgatif doux et, quand il commencera à ressentir les besoins d'aller à la selle, on lui administrera un léger lavement d'eau tiède destiné à ramollir les matières.

Après chaque garde-robe, la région anale sera soigneusement nettoyée.

La guérison est en général complète vers le douzième jour.

Toutefois, dans certains cas d'ailleurs très rares, avec cette méthode, on peut observer quelques incidents.

Accidents post-opératoires. — Ce sont :

La rétention d'urine, fréquente le jour de l'opération, pouvant durer plusieurs jours du fait de la com-

pression de l'urètre par le « tubage », mais dont le cathétérisme aura raison.

L'hémorragie secondaire à l'opération est en général très peu abondante. Elle se manifeste surtout pendant les vingt-quatre premières heures. Il est rare de voir, passé ce délai, les compresses du pansement souillées de sang.

Toutefois, lors de l'enlèvement du drain et des mèches, un léger suintement pourra se produire, en général de très courte durée, et qui cédera à la mise en place dans le rectum d'une simple mèche.

Dans aucune des observations que nous rapportons, il n'y eut d'hémorragie inquiétante.

CHAPITRE III

Résultats proches et éloignés

La méthode que nous venons de décrire a le grand avantage, outre sa simplicité et sa rapidité, d'être peu douloureuse.

Dans les jours qui suivent l'intervention, la douleur est très peu marquée, on pourrait dire nulle, ce qui tient à la dilatation permanente par le tubage.

Les malades opérés de cette façon n'ont jamais eu d'accidents douloureux, ni d'hémorragies une fois levés.

A distance, les résultats sont encore plus remarquables.

Le malade ainsi opéré peut se considérer comme définitivement guéri.

M. Pozzi qui emploie ce procédé de l'ignipuncture depuis de longues années n'a jamais observé, chez ses opérés, de récidive ni de rétrécissement. Dans sa thèse inaugurale (Paris, 1898), le Dr Gravier Saint-Luce a pu dire avec raison que les malades de

M. Pozzi « sont et restent guéris depuis dix, quinze et même vingt ans ».

Certaines de nos observations remontent à 1908, M. Pozzi a eu l'occasion de revoir la plupart de ces opérés qui restent guéris.

OBSERVATIONS

Nous donnons ci-dessous 20 observations de malades opérés par le procédé de M. Pozzi, à l'hôpital Broca et à l'hôpital militaire du Panthéon, dans son service.

OBSERVATION I

Mme F... Catherine, salle Guérin, hôpital Broca.

Entrée le 10 mars 1908.

Souffre depuis trois ans d'hémorroïdes : constipation, selles douloureuses, hémorragies peu abondantes, mais fréquentes.

Opérée le 29 mars 1908 par M. Lœwy.

Dilatation anale digitale.

Ignipuncture d'un paquet hémorroïdaire, de la grosseur d'une amande, situé en arrière de l'orifice anal.

Drain rectal (n° 50), 8 mèches : 4 iodoformées, 4 blanches.

Suites opératoires simples : pas de douleur, lever le onzième jour.

Guérison.

Sortie le 29 mars.

OBSERVATION II

Mme H... Marguerite, trente et un ans, ménagère, salle Récamier, hôpital Broca.

Entrée le 13 juin 1910.

Hémorroïdes internes peu marquées, mais douloureuses.

Opérée le 23 juin 1910 par M. Proust.

La dilatation anale suffit.

Tubage du rectum, 8 mèches.

Le pansement est enlevé au bout de deux jours. Pas de douleur post-opératoire.

Sort guérie, trente jours après l'opération, le 14 juillet.

OBSERVATION III

Mlle K... Marguerite, couturière, vingt-deux ans, salle Guérin, hôpital Broca.

Entrée le 14 novembre 1910.

Hémorroïdes externes, quelques bourrelets internes procidents.

Opérée le 24 novembre 1910 par M. Pozzi.

Dilatation digitale. Ignipuncture au couteau du thermocautère.

Tubage rectal : 4 mèches iodoformées, 8 mèches blanches.

Le pansement est enlevé au bout de trois jours.

Pas de douleur après l'opération si ce n'est le jour même.

Guérison.

Sortie le 10 décembre 1910.

OBSERVATION IV

Mme K... Louise, domestique, quarante-cinq ans.

Salle Guérin. Entrée le 24 novembre 1910.

Cas analogue à celui de l'observation III.

Opérée le 28 novembre 1910 par M. Pozzi.

Ignipuncture suivie de dilitation anale permanente.

Le tubage est laissé trois jours.

Guérison.

Sortie le 6 décembre 1910.

OBSERVATION V

Mme M... Valentine, cinquante-deux ans.

Salle Récamier. Entrée le 17 avril 1911.

Hémorroïdes douloureuses mais peu marquées, quelques hémorragies.

Opérée le 19 avril 1911 par M. Deverre.

Dilatation anale simple sans ignipuncture.

Tubage anal laissé trois jours.

Guérison.

Sortie le 29 avril 1911.

OBSERVATION VI

Mme B... Marie, vingt-trois ans.

Salle Broca. Entrée le 20 avril.

Hémorroïdes légères et fistule anale.

Opérée le 27 avril 1911 par M. Deverre.

Dilatation anale simple avec ignipuncture.

Tubage anal : trois jours.

Sortie le 7 mai 1911.

OBSERVATION VII

Mme T... Marie, quarante ans, ménagère.

Salle Broca. Entrée le 17 octobre 1911.

Grosses hémorroïdes internes procidentes, douloureuses, saignantes.

Opérée le 20 octobre 1911 par M. Pozzi.

Dilatation anale digitale.

La muqueuse rectale est exposée à l'aide de pinces en T.

Ignipuncture des hémorroïdes.

Tubage anal : 1 drain no 50, 6 mèches iodoformées, 6 mèches blanches.

Pas de douleur si ce n'est le jour de l'opération (1/2 c. c. de morphine).

Pansement laissé quatre jours.

Guérison.

Sortie le 4 novembre 1911.

OBSERVATION VIII

Mme Ch... Charlotte, dix-huit ans. Salle Guérin.

Entrée le 24 octobre 1912.

Petites hémorroïdes douloureuses, fistule anale.

Opérée le 28 octobre 1912 par M. Rouhier.

Dilatation anale sans ignipuncture.

Tubage : 6 mèches.

Guérison.

Sortie le 5 novembre.

OBSERVATION IX

Mme G... Thérèse, cinquante ans. Salle Guérin.

Entrée le 19 octobre.

Hémorroïdes douloureuses.

Opérée le 28 octobre 1912 par M. Rouhier.

Dilatation digitale.

Ignipuncture.

Tubage : 6 mèches laissées trois jours.

Guérison.

Sortie le 31 décembre 1912.

OBSERVATION X

Mme R... Madeleine. Salle Huguier.

Hémorroïdes d'aspect condylomateux grosses.

Entrée le 16 novembre 1912.

Opérée le 28 novembre 1912 par M. Rouhier.

Cure radicale par l'ignipuncture au couteau du thermocautére,

Dilatation anale permanente : un gros drain, 6 mèches iodoformées, 6 mèches blanches.

Le tout est laissé quatre jours.

Peu de douleur. Rétention d'urine les deux premiers jours.

Lever le douzième jour.

Guérison.

Sortie, le 10 décembre.

OBSERVATION XI

Mme B... Juliette, cinquante ans, ménagère, salle Broca, lit 15.

Entrée, 20 mars

Hémorroïdes internes non procidentes.

Opérée le 23 mars 1912, par M. Rouhier.

Dilatation anale simple sous anesthésie à l'éther.

Tubage rectal : 8 mèches blanches ou iodoformées alternées.

Le tout laissé trois jours.

Pas de douleur, rétention d'urine durant trois jours.

Guérison.

Sortie, le 1er avril.

OBSERVATION XII

Mme L... Laure, quarante-huit ans, ménagère, lit n° 26.

Entrée, le 18 juin 1912.

Grosses hémorroïdes internes.

Quelques bourrelets externes.

Opérée par M. Pozzi, le 22 juin 1912.

Dilatation digitale du sphincter anal.

La muqueuse est saisie dans des pinces en T.

Ignipuncture profonde.

OBSERVATION XII

Tubage rectal (drain n° 46), 6 mèches iodoformées, 6 blanches, le tout laissé cinq jours.

Peu de douleurs, sauf le premier jour.

Rétention d'urine le premier jour.

Suintement sanguin, le cinquième jour lors de l'ablation des mèches et du drain, une mèche iodoformée est remplacée pendant vingt-quatre heures.

Guérison.

Sortie, le 6 juillet 1912.

OBSERVATION XIII

Mme B... Aimée, quarante-quatre ans, ménagère, salle Récamier.

Entrée, le 19 janvier 1914.

Hémorroïdes internes considérables.

Opérée, le 28 janvier 1914 par M. Rouhier.

Après dilatation anale digitale, destruction des hémorroïdes par pointes de feu espacées de 1/2 centimètre.

Tubage : 6 mèches iodoformées, 8 mèches blanches, laissées quatre jours.

Très peu de douleur.

Rétention d'urine le premier jour.

Lever le douzième jour.

Guérison.

Sortie, le 13 février.

OBSERVATION XIV

Mme M... Pauline, trente-quatre ans, lit 17.

Entrée, le 10 mars.

Hémorroïdes internes développées.

Opérée, le 28 mars 1914 par M. Rouhier par le procédé de Whitehead suivi de la dilatation anale permanente par le procédé de M. Pozzi.

Sortie, le 16 avril.

OBSERVATION XV

Mme G... Marguerite, trente-cinq ans, lit 36.

Entrée, le 29 juin 1914.

Hémorroïdes internes

Opérée le 8 juillet 1914 par M. Rouhier.

Cure radicale de l'ignipuncture, suivie de dilatation permanente du canal anal : gros drain, 6 mèches iodoformées, 6 blanches, laissées trois jours.

Guérison sans incidents.

Sortie le 1er août 1914.

OBSERVATION XVI

M. L..., opérée chez elle, le 12 janvier 1915, par M. Pozzi.

Grosses hémorroïdes internes non procidentes, très douloureuses, ayant débuté il y a quinze ans, considérablement accrues à la suite de deux grossesses et devenues tellement pénibles que la malade peut à peine marcher et garde la chaise longue depuis plusieurs mois.

Constipation opiniâtre. Jamais d'hémorragies.

Au toucher rectal on sent plusieurs petits paquets hémorroïdaux situés en arrière du rebord anal et un autre volumineux, plus profond, de la grosseur d'une noix.

Extérieurement, très peu de chose.

Opération (M. Pozzi).

Anesthésie à l'éther.

La muqueuse est exposée à l'aide de pinces en T ; on aperçoit alors 5 petits paquets hémorroïdaux et plus loin un gros paquet, de la grosseur d'une noix, difficile à extérioriser.

Ignipuncture profonde des petits paquets et sur la dilatation volumineuse pointes de feu espacées de 1/2 centimètre.

La dilatation anale permanente est obtenue par :

Un gros drain n° 48, entouré d'une mèche iodoformée ;

Six lanières iodoformées ;

Quatre lanières blanches.

Soins post-opératoires. — La douleur peu marquée dans la journée l'est un peu plus dans la nuit, on fait une demi-piqûre de morphine.

De même pour le deuxième jour.

Le suintement sanguin est assez abondant et nécessite le changement du pansement externe matin et soir.

Le tube et les lanières sont enlevés le quatrième jour après l'opération. Une légère hémorragie nécessite une nouvelle mèche iodoformée, pansement à plat.

Il y a eu de la rétention d'urine le premier jour.

Aucune température, bon état général.

L'alimentation est presque nulle le premier jour : un peu de tilleul seulement. Thé et tilleul le deuxième jour ; bouillon le quatrième jour ; un peu de poulet le quatrième jour.

Le quatrième jour : première selle.

La malade se lève au onzième jour.

Guérison complète.

OBSERVATION XVII

M. D..., soldat. Hôpital militaire du Panthéon.

Hémorroïdes internes peu développées, mais douloureuses, le soldat étant cuirassier.

Opéré le 10 janvier 1915 par M. Pozzi.

Anesthésie à l'éther.

Simple dilatation anale digitale suivie de dilatation permanente (tube et lanières) pendant trois jours.

Guérison.

OBSERVATION XVIII

M. M..., soldat. Hôpital militaire du Panthéon.

Hémorroïdes internes douloureuses.

Hémorroïdes externes.

Opéré en février 1915 par M. Pozzi.

Anesthésie à l'éther.

Dilatation anale digitale, suivie d'ignipuncture profonde.

Dilatation permanente : 1 drain, 10 mèches, laissés trois jours.

Peu de douleur. Rétention d'urines le premier jour.

Guérison.

OBSERVATION XIX

M. Ch..., soldat. Hôpital militaire du Panthéon.

Hémorroïdes internes douloureuses.

Opéré en février 1915, par M. Buquet.

Dilatation anale digitale.

Ignipuncture des hémorroïdes.

Tubage anal : 6 mèches iodoformées, 4 mèches blanches.

Le malade a souffert un peu pendant vingt-quatre heures, on a dû lui faire 2 centimètres cubes de morphine.

Rétention d'urines le premier jour.

Guérison.

OBSERVATION XX

Mme D..., vingt-huit ans, ménagère.

Salle Péan, n° 66 (hôpital Broca).

Début des hémorroïdes à l'âge de dix-huit ans par des pertes de sang abondantes. Elle souffre depuis deux ans lors de la défécation.

Depuis un mois elle a en outre une fissure anale, très douloureuse. Les douleurs se calment un peu au repos en même temps que les hémorroïdes diminuent de volume.

Préparation. — 17 mars. — Purge : 40 grammes d'huile de ricin, le matin. Le soir du même jour un lavage de 2 litres d'eau, 1 pilule d'extrait thébaïque.

18 mars. — 0 gr. 10 *extrait thébaïque.*

19 mars. — 40 grammes d'huile de ricin, le soir ; 0 gr. 10 d'extrait thébaïque. Diète liquide.

20 mars au matin. — 1 pilule de 0 gr. 10 d'extrait thébaïque.

Opérée le 20 mars 1915 par M. Pozzi.

Anesthésie à l'éther.

Dilatation anale digitale.

La muqueuse est présentée avec les pinces en T.

Ignipuncture des hémorroïdes.

Dilatation permanente.

Un gros drain, n° 46 ;

Six mèches iodoformées ;

Quatre mèches blanches.

20 mars. — Légères douleurs nécessitant dans la soirée 1/2 piqûre de morphine, la douleur cesse alors complètement.

21-22 mars. — Pas de douleurs, diète liquide. On doit sonder la malade.

23 mars. — On enlève le drain et les mèches ; un léger suin-

tement se produit, on remet 1 mèche iodoformée pour quarante-huit heures.

24 mars. — Elle prend un peu de lait.

30 mars. — Miction et selle spontanées depuis deux jours.

CONCLUSIONS

1° Le procédé que nous préconisons dans la cure radicale des hémorroïdes repose sur deux principes :

a) L'ignipuncture des bourrelets hémorroïdaux par pointes de feu espacées, assurant la coagulation du sang sans exposer à des escharres trop larges, origine de rétrécissements et d'accidents infectieux ;

b) La dilatation anale post-opératoire maintenue pendant plusieurs jours après l'intervention grâce au tubage anal complété par un « bourrage » avec des mèches iodoformées ou aseptiques.

2° L'ignipuncture en elle-même a les avantages suivants :

a) Elle peut s'employer dans tous les cas d'hémorroïdes, là même où les autres procédés (excision partielle, procédé de Whitehead), ligature, sont contre-indiqués comme, par exemple, dans les hémorroïdes sphacélées.

b) Elle a le grand avantage d'être rapide ; elle ne demande, dilatation anale préalable comprise, que 10 à 20 minutes.

3° Le procédé du tubage anal avec bourrage a pour résultat :

a) De diminuer la réaction douloureuse post-opératoire qui, peu marquée le premier jour, est en général nulle les jours suivants à condition que la dilatation soit suffisante.

4° Le procédé d'ignipuncture suivi de tubage anal a dans son ensemble l'avantage d'avoir des suites opératoires simples, et de réduire au minimum le séjour au lit du malade :

5° En ce qui concerne les résultats acquis, grâce à cette méthode :

a) Il n'y a pas de récidive des hémorroïdes ;

b) Il n'y a pas de danger de rétrécissement cicatriciel du rectum.

Des malades opérés depuis dix et quinze ans sont et restent guéris.

Vu : bon à imprimer,
le Président de la thèse,
POZZI

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Courcières (Ch.). — Résultats éloignés du traitement des hémorroïdes par le procédé de Whitehead. Thèse de Paris, 1906-1907.

Jouanne (G.). — Contribution à l'étude de l'origine hépatique des hémorroïdes. Thèse de Paris, 1904-1905.

Quénu. — Revue générale de Médecine et de Thérapeutique. Paris, 1911, XXV, 611-615.

Reclus. — Traitement chirurgical des hémorroïdes (Presse médicale. Paris, 1910, XVIII, 881-884).

Forgue. — Les Indications opératoires dans le traitement des hémorroïdes (Montpellier médical, 1912, XXXIV, 597-603).

Robin (A). — Traitement des hémorroïdes (Annales de la Policlin. de Paris, 1912, XXIII, 141-143).

Roas. — Ueber die extra anale (unblutige) Behandlung des Hæmorrhoïden (Münchener Medicinische Wochenschrift, 1912, 232-537).

Delbet. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1899, p. 625.

Le Dentu et Delbet. — Traité de Chirurgie, t. VIII, p. 52.

Senécha. — Traitement opératoire des phlébites (Gazette des Hôpitaux, 6 avril 1907).

Gravier Sainte-Luce. — Indications générales du traitement des hémorroïdes. Thèse de Paris, 1898-1899.

Schwartz. — Bulletin de la Société de Chirurgie, séance du 14 juin 1899.

Quénu et Hartmann. — Chirurgie du rectum, p. 394.

Monod (Ch.). — Bulletin et Mém. de la Société de Chirurgie. Paris, 1899, t. XXV.

Ivanoff. — Treatment of hæmorrhoïds by the d'Arsonval current (Vrach, Petrograd, 1908, XV, 1181-1184).

Pozzi. — Bulletin et Mém. de la Société de Chirurgie, 1899, p. 628.

Imp de la Faculté de Méd., JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2870-15